Aus der psychiatrischen Klinik der Charite zu Berlin
Direktor: Prof. Dr. Max de Crinis

Zum Problem der endogenen Magersucht, psychopathologische Beobachtungen und Erörterung nosologischer Beziehungen der manisch-depressiven Erkrankungen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Hugo Boltze
Fähnrich (im San. Korps)
aus Sulingen

Tag der Promotion:
23. 12. 1939

Ilmgau-Druckerei Pfaffenhofen.

M 379

Aus der psychiatrischen Klinik der Charite zu Berlin

Direktor: Prof. Dr. Max de Crinis

Zum Problem der endogenen Magersucht, psychopathologische Beobachtungen und Erörterung nosologischer Beziehungen der manisch-depressiven Erkrankungen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Hugo Boltze

Fähnrich (im San. Korps)

aus Sulingen

Ilmgau-Druckerei Pfaffenhofen.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Oberarzt Dr. Betzendahl
Korreferent: Prof. Dr. de Crinis.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen kam Falta 1912 zu der Auffassung, dass sklerotisierende Prozesse der Hypophyse einen grossen Anteil am Zustandekommen der Kachexie haben.

1914 sicherte Simmonds diese Beobachtungen, indem er bei mehreren Fällen der Kachexie eine Insuffizienz der Hypophyse feststellte. Drei von diesen Beobachtungen wiesen eine völlige Zerstörung des Hypophysenvorderlappens auf; bei zweien durch ein basophiles Adenom und bei einem, nach Meinung des Verfassers, durch eine embolische Nekrotisierung.

Somit schienen die Beobachtungen Faltas durch die Simmonds'schen Beweisführungen gesichert zu sein. Ursprünglich handelte es sich bei Fällen „Simmonds'scher Kachexie" nur um Beobachtungen mit einwandfrei nachweisbarem Sektionsbefund.

Im Gegensatz zur patologisch-anatomischen Beweisführung wurden in den folgenden Jahren mehrere Fälle von Magersucht beschrieben (Bostroem, Reiche, Reye), bei denen die Diagnose nur auf klinischen Beobachtungen basierte. Es wurden somit in die Gruppe der Kachexien Simmonds Fälle eingereiht, die wohl das äussere Erscheinungsbild der Magersucht boten, oft jedoch keine nachweisbaren Veränderungen der Hypophyse zeigten. Die pathologische Anatomie musste sich somit mit der Pathologie des allgemeinen Kräftehaushaltes begnügen (Schürmann). Man reihte die Fälle trotz der Abweichungen ein und nannte sie statt hypophysärer Kachexie Simmonds'sche Krankheit (Kylin). Man stellte statt der Pathologie die Klinik in den Vordergrund. Die Magersucht wurde als typisches Krankheitsbild anerkannt, und man war über ihre inkretorische Bedingtheit nicht im Zweifel.

Von morphologisch-klinischen Stigmen ausgehend und weniger durch Nachweise einer hormonalen Insuffizienz versuchte man, aus der Gesamtheit des klinischen Erscheinungsbildes Untergruppen herauszustellen. 1929 teilte Tannhauser auf dem Stoffwechselkongress in Berlin und in seinem Stoffwechsellehrbuch die Magersucht in sieben Abschnitten einschliesslich der Lipodystrophien ein. Das Hauptinteresse galt der hypophysären Form der Magersucht, die gewöhlich mit Hypogenitalismus gepaart ist, sich jedoch nicht so häufig zu der Simmonds'schen Kachexie steigert. Diese letztere bezeichnet Tannhauser nach der anscheinend gleichen Pathogenese, wie die einfachen Fälle, als „atrophische" Form der hypophysären Magersucht.

Grafe versuchte eine schematische Uebersicht über die hypophysären Erkrankungen und ging von dem Gesichtspunkt der Hyper- und Hypofunktion aus. Er ordnete hierbei die Magersucht unter die Hypofunktion.

Man sieht aus all diesen Arbeiten, dass mittels genauer experimenteller Untersuchungen und Gruppierungen der äusseren Erscheinungsformen versucht wurde, die Ursache der Magersucht zu erfassen und der Kausaltherapie zugänglich zu machen. An einem endocrinen Ausfall speziell der Hypophyse war kein Zweifel, doch die Untersuchung über den primären Grund der Erkrankung und dessen Lokalisation führten zu verschiedenen Behauptungen, und liessen das Allgemeinbild in Einzelbetrachtungen sich verlieren. „Trotz vieler darauf gerichteten experimentellen Arbeiten", schreibt Grote, „über den eigentlichen Entstehungsmechanismus der endogenen Magersucht zeigt sich weitgehende Unklarheit. Denn die Vorstellung mutet sonderbar an, dass durch eine Schädigung des Hypophysenvorderlappens zwei so ganz entgegengesetzte Krankheitsbilder, wie die hypophysäre Fettsucht und die endogene Magersucht entstehen können. Man hält trotzdem in therapeutischer Hinsicht an dem Ausfall eines Hormons des glandulären Hypophysenvorderlappens fest und versucht, die endogene Magersucht mit Hypophysenpräparaten zu bessern."

Von einem Fall, bei dem klinisch ganz der Typus der Simmonds'schen Kachexie vorlag und keineswegs der Hypophysenvorderlappen fehlte, berichtet Bergmann in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift". Der Sektionsbefund (Schürmann) ergab eine allgemeine Splanchnomikrie, die sich besonders stark an den innersekretorischen Drüsen zeigte, am wenigsten noch am Inselapparat. Es war kein Anlass gegeben, diesen Fall zwingend als Hyperinsulinismus anzusehen, denn es fehlten jedenfalls die Inseladenome. Der Hypophysenvorderlappen war jedoch vorhanden und liess keine wesentlichen pathologischen Veränderungen in Erscheinung treten.

Weiterhin erwähnt H. H. Meyer eine hochgradige Fettsucht bei einer Frau mit Hypophysentumor, bei der die Operation eine stark erweiterte völlig leere Sella turcica ergab.

Durch mehrere in der Literatur beschriebene Fälle und durch eigene Beobachtungen kam Bergmann zu der Vorstellung einer pluriglandulären Insuffizienz mit Hegemonieerscheinung des Hypophysenvorderlappens. Er führt an: „Mir fehlt bei den Magersuchtseinteilungen (bezieht sich hier auf Tannhauser) der Hinweis auf die pluriglanduläre Insuffizienz, die nicht identisch ist

mit der anatomisch nachweisbaren multiplen Blutdrüsensklerose Falta s, aber jedenfalls hat die Vorstellung des pluriglandulären darin eine Stütze, dass kaum der Hypophysenvorderlappen isoliert erkrankt, mag er dominant im Krankheitsbild werden oder im Anfang sein. Die Beziehungen zu Ovar, Testis, zur Nebennierenrinde, wie zur Thyreoidea sollten zur Vorsicht mahnen, und auch nicht ex juvantibus zu übereilten Schlüssen führen. Wenn ich konform der Erfahrung vieler Autoren zur Vorderlappentherapie, aber auch zur Ovarialterapie nachdrücklich hier rate, so reagierte doch der erste Fall, den ich sah, auf Ovarialtherapie, und ich würde mich nicht wundern, wenn selbst Schilddrüsentherapie oder das thyreotrope Hormon des Vorderlappens isoliert einmal Erfolge zeitigen könnte." Weiterhin meint gleicher Verfasser: „Es steht frei, einen intakten Vorderlappen mit Unterfunktion der inneren Sekretion sich zu denken, es steht aber ebenso frei, die Störung pluriglandulär zu sehen, etwa mit Hegemonie des Vorderlappens, und als drittes bleibt es ein offenes Problem, ob nicht auch ausserhalb des endocrinen Systems, wie bei der Fettsucht, eine gestörte Gesamtregulation, das neurale einbegriffen, zur Magersucht führen kann, sicherlich nicht ohne Mitbeteiligung des endocrinen Systems."

In dieser Betrachtungsweise sieht also Bergmann das Wesen der Krankheit als einen Ausdruck allgemein biologischer Bedingtheit und stellt auch nicht nur die physische, sondern auch die psychische Seite der Erkrankung in Rechnung.

Die gleiche Ansicht vertritt Dzierzynski, indem er in seiner Abhandlung anführt, dass die Hypophyse auf den Organismus wirke, indem sie über die höheren vegetativen Zentren alle anderen innersekretorischen Drüsen beeinflusst. Er geht sogar noch weiter, indem er behauptet, dass umgekehrt eine Wirkung der Nervenzentren über die Hypophyse auf alle innersekretorischen Drüsen vorhanden sei. Es diene somit die Hypophyse als ein in Abhängigkeit von höheren vegetativen Zentren stehendes Regulationsorgan des endocrinen Geschehens. Störungen im Bereiche der Hypophyse und der vegetativen Zentren seien somit fast immer mit polyglandulären Syndromen gekoppelt. Er bringt eine Wiedergabe der von ihm beobachteten Fälle bei Störungen im Bereich der Hypophyse. Er fand hierbei: Neun Fälle von Akromegalie, zwei von Gigantismus, zwei von Cushing'scher Krankheit, drei mit Hypophysensyndromen wie bei hypophysärer Insuffizienz, zehn mit Babinski-Fröhlich'schen Syndromen, vier mit Makrogenitosomie, zwei mit Diabetes insipidus, zwei hatten atypische Syndrome und fünfzehn mit sellaren und suprasellären Tumoren.

Als Folge der mannigfachen Funktionsstörungen im endocrinen System sind die körperlichen Noxen sehr verschiedenartig. Ich gebe jetzt einen kurzen Ueberblick über die Symptombilder der Magersucht von klinischer Betrachtung ausgehend.

Bei der Symptomatologie der Magersucht fällt als erstes die hochgradige Atrophie fast sämtlicher Gewebe auf, die hervorgerufen ist durch eine ausgesprochene Appetitlosigkeit, ja geradezu leidenschaftliche Unlust zum Essen. Der Appetit des Menschen ist an gewisse Vorurteile und Vorgefühle geknüpft, über das, was richtig wäre, und über das Verhältnis von dem was man isst zu dem, was daraus folgen soll: Befriedigung und dann Wohlbehagen (Weizsäcker). Den Ausdruck hierfür finden wir in der Vitalität des Menschen. Die Physiologie spricht hier von Bedarf. Die Abweichungen und Schwankungen in der psychischen Haltung des Menschen zeigen sich in dem abgeänderten Rhythmus von Appetit uud Essen. Bei schweren depressiven Erkrankungen ist es eine allbekannte Beobachtung, dass eine völlige Nahrungsverweigerung und Appetitlosigkeit vorhanden ist und somit durch Störungen der seelischen Struktur ein geregelter Ablauf der körperlichen und seelischen Forderungen nicht möglich ist.

Als weiteres Symptom zeigt sich eine wechselnd starke Grundumsatzerniedrigung. Der Grundumsatz ist niedriger als bei normalen Hungerzustand. Es müsste bei normalem Appetitt also regelrechter Deckung des körperlichen Bedarfs eine Fettanreicherung bei dem sparsamen Körperhaushalt erfolgen. Treffend bezeichnet Bergmann diesen Gesamtzustand der Magersucht als: vita minima, als kleines, niedrig brennendes Flämmchen.

Weiterhin ist die Zuckerbelastungskurve von niedrigen Nüchternwerten ausgehend in ihrem Abfall verzögert, während die Hypoglykämie erheblichen Abfall zeigt, der noch nach langer Zeit nicht überwunden ist.

Gleichzeitig mit dem niedrigen Stande des Grundumsatzes sind die Nüchternwerte des Blutzuckers herabgesetzt, der Blutdruck ist vermindert, die Pulsfrequenz geht herab bis auf 60 und 40 Schläge in der Minute, die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen ist verlängert, während am Blutbild ausser Anämie, die der geringen Ernährung entspricht, kein besonderer Befund zu erheben ist.

Oft klagen die Patienten über unbestimmte Schmerzen im Oberbauch, die leicht zu Fehldiagnosen führen können. Das weibliche Geschlecht ist bei weitem stärker vertreten und durchgehend

ist die Abmagerung der Frauen mit Amenorrhoe verbunden, die sich meist erst nach Auftreten der Abmagerung zeigt und im weiteren Verlauf ein meist stark hypoplastisches Genitale bei gynäkologischer Untersuchung in Erscheinung tritt.

Oft beobachtet man auch starken Haarausfall und Rissigwerden der Nägel.

Den körperlichen Ausfallerscheinungen parallel laufend zeigt sich eine weitgehende psychische Alteration, auf die ich später zu sprechen komme.

Diesen Symptombildern entsprechend stellte sich die Therapie ein. Da vorerst die Anschauung vertreten wurde, die Krankheitsursache in einer Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens zu sehen, ersetzte man diesen Mangel durch Verabreichung von Hypophysenpräparaten. Die Erfolge waren wenig befriedigend. Bostroem spricht bei einem seiner Fälle von „vorübergehender Besserung, ob allerdings durch die Hypophysenbehandlung oder den Krankenhausaufenthalt sei dahingestellt." Die Kombination der von Falta vorgeschlagenen Insulinmastkur und gleichzeitig gegebenen Ovarialpräparaten brachte Fortschritte der Therapie. Doch war der Erfolg auch nicht sichergestellt. Grote erwähnt hierzu zum Beispiel zwei Fälle, bei denen die Insulinkur gekoppelt mit Hypophysen- und Ovarial-Präparaten guten Erfolg gehabt hatte, während ein Fall ein vollständiger Versager wurde. Von einem weiteren Erfolg der Substitutionstherapie berichtet Azerad bei einem Fall endogener Magersucht eines achtzehnjährigen Mädchens von syphilitischen Eltern. Die Abmagerung setzte bei dem Mädchen sehr plötzlich ein. Der Befund ergab eine Grundumsatzerniedrigung von — 21%, völliger Amenorrhoe und ausgesprochenem Infantilismus in körperlicher und geistiger Hinsicht. Er gibt an, dass das Bild einer Simmonds'schen Kachexie in Frankreich sehr selten sei und die Hypophysenpräparate sich bei der Behandlung der endogenen Magersucht als unwirksam erwiesen hätten. Er wählte dann den umgekehrten Weg, indem er nicht den Ausfall des zentralen Regulators steuerte, sondern eine Behandlung mit Ovarialpräparaten, Schilddrüsenextrakt und Insulin vornahm. Nach seinen Angaben soll der Erfolg auch nach Absetzen der medikamentösen Behandlung angehalten haben.

Bergmann hält die Insulinmastkur jedoch nur bei gewöhnlicher Abmagerung für ausgezeichnet, bei Fällen von ausgesprochener Magersucht auf endogener Grundlage als unzureichend und erwähnt, dass bei endogener Magersucht schon nach kleinen

Insulindosen schwerste hypoglykämische Zustände eintraten. Er empfiehlt die intravenöse Traubenzuckerinfusion, die jedoch bei sekundärer Insulinsekretion in einigen Fällen zum Kollaps führen kann und sofort Adrenalin als kontrainsuläres Hormon erfordert. Gemäss seinen Betrachtungen der pluriglandulären Bedingtheit der Magersucht stellte er seine Therapie auf kombinierte Behandlung mit Präparaten der Hypophyse, Ovarialpräparaten und Traubenzuckerinfusionen ein.

Diese Therapie beruht also auf dem Grundgedanken, den Ausfall einer latenten Inkretions-Störung durch Wiederherstellen des hormonalen Gleichgewichts in Gang zu setzen. Es ist durchaus verständlich, dass Erfolge gebucht werden konnten, wo durch Ausfall einer endocrinen Drüse eine Korrelationsstörung innerhalb des hormonalen Systems erfolgte und die Ursache nicht auf anderen Grundlagen beruhte. Durch eine Substitution wurde der latente Funktionsausfall wieder angeregt und ein zur normalen Vitalität nötiges Gleichgewicht hergestellt.

Bergmann erwähnt dann noch als neu seine Erfahrungen mit Hypophysentransplantationen. Es wurden hierbei Kalbs- oder Rinderhypophysen operativ in das Netz transplantiert. Er geht hierbei von dem Gesichtspunkt aus, durch Implantation dem darniederliegenden endocrinen System einen Stoss, eine Anregung zu neuer Sekretion zu geben. Er erwähnt hier einen Fall, bei dem vier Jahre lang durch Behandlung mit Präphyson und Anteron nur immer vorübergehende Besserung erzielt werden konnte. Im Herbst 1931 geschah die erste Transplantation und nach den ersten vierzehn Tagen erfolgte ein prompter Anstieg des Gewichtes. Interessant sei auch die psychische Veränderung gewesen. Schon vor der eigentlichen Gewichtszunahme hätte die Patientin, die vorher teilnahmslos und matt gewesen wäre, bei kritischer Selbstbeobachtung von sich erklärt, es ginge ihr viel besser. Sie bekam Appetit und die Uebelkeit und die Oberbauchbeschwerden liessen nach. Der Fortschritt dauerte fünf Monate und von da ab begann das Gewicht wieder zu sinken, die Beschwerden traten wieder ein und psychisch war die Kranke wieder in dem alten Zustand. Die Patientin drängte selber auf eine neue Transplantation, die ein Jahr später vorgenommen wurde. Im Gegensatz zum ersten Eingriff war der Erfolg objektiv und subjektiv deutlich, jedoch lange nicht in dem Masse, wie bei dem ersten Eingriff. Ein Hochgebirgsaufenthalt schob die Verschlechterung etwas heraus, dann traten jedoch die Symptome wieder auf und die Patientin forderte eine

dritte Transplantation. Wiederum erfolgte nach einigen Tagen Besserung, die jedoch schnell verflog, wonach auch progressive Abmagerung eintrat.

Bei drei weiteren Fällen wurde ebenfalls eine Transplantation vorgenommen und bei allen Dreien zeigte sich eine Steigerung des Gewichts und Erhöhung des Grundumsatzes über längere Zeit.

Bergmann sagt hierzu: „Es ist nicht anzunehmen, dass ein noch so ideal eingeheiltes Transplantat solange Zeit seine Wirkung entfaltet, sind doch sonst die Auswirkungen der Transplantationen recht wenig befriedigend und werden bestenfalls $^1/_2$ bis $^3/_4$ Jahr angesehen. Man muss die Annahme machen, dass an Stelle der Wirkungen des Transplantats, das Inkretorium selbst vor allem der Hypophysenvorderlappen seine Funktion wieder aufnimmt, also ein reparabler Funktionsausfall vorhanden war." Weiterhin sagt er: „Keineswegs wird hierdurch eine stets wirksame Therapie gegeben sein, hat doch der Kliniker kein Urteil, wieviel vom Krankheitsprozess anatomisch, wieviel funktionell bedingt ist, ja nicht einmal, wann er nur die Hypophyse beschuldigen soll oder das pluriglanduläre System, aber auch bei diesem vermag er wohl meist nicht auszusagen, wann wirkliche pluriglanduläre Sklerose, wann ein Funktionsausfall vorliegt.

Bei der Behandlung mit Hypophysenpräparaten kombiniert mit Ovarialpräparaten und Insulin-Traubenzuckerkuren oder Hypophysentransplantationen ergaben sich zum Teil gute Erfolge, zum Teil völlige Fehlschläge. Die grosse Mannigfaltigkeit der anscheinend von der Hypophyse ausgehenden Störungen liess Zweifel an dem ausschliesslich kausalen Zusammenhang mit der Magersucht entstehen. Berichtet doch Meyer von hochgradiger Fettsucht bei einer Frau mit Hypophysentumor und dadurch bedingtem völligem Hypophysenschwund, während Bergmann einen Fall hochgradiger Kachexie erwähnt, bei der der Ausfall eines Hypophysenhormons nicht als primäre Ursache angesehen werden konnte. Dann weise ich noch auf die manigfachen Beobachtungen von Dzierzynski hin.

Es dauerte nicht lange, bis sich Stimmen erhoben (Grote, Meng), die gegen die Annahme sprachen, dass das Krankheitsbild der endogenen Magersucht in allen Fällen nur durch die klinischen Beobachtungs- und Behandlungsmethoden erfasst werden könne. Man begann jetzt nicht nur, die durch den Ausfall endocriner Drüsen bedingten körperlichen Symptome der Magersucht zu beachten, sondern suchte aus den psychischen Veränderungen Aufschlüsse über das Wesen dieser Erkrankung zu erlangen.

Die körperliche Abmagerung geht bei allen Kranken mit einer starken psychischen Veränderung einher, so dass die Patienten durchaus den Eindruck psychopathischer Persönlichkeiten machen. In allen Fällen ist eine starke Appetitlosigkeit vorhanden, man kann fast sagen eine geradezu ausgesprochene Abneigung gegen das Essen. Die Kranken empfinden es oft als einen beglückenden Zustand, kein Essen zu sich nehmen zu müssen. Wenn sie sich unbeobachtet fühlen, versuchen sie, die Nahrung beiseite zu bringen, sie an andere Personen zu verschenken. Es zeigte sich das Bild einer Appetitperversion mit verkehrter Idealbildung. Diese asketische Idealbildung beschränkt sich nicht nur auf die Nahrung, sondern erstreckt sich auch auf die Sexualität, die Erotik, die Kleidung und die Geselligkeit. Sie äussert sich in einer völligen Weigerung von Hingabe, Empfängnis, Schwangerschaft, an gemeinsames Leben, ja an das Leben selbst. Teilweise kann man eine Rückkehr infantiler Züge beobachten. Es zeigt sich bisweilen, trotz aller entgegengesetzten Versuche und Nötigungskämpfe der Erzieher, eine immer festere Bindung an die Mutter oder Freude an primitiven Kindermärchen. Bergmann erwähnt den Fall eines jungen Menschen von 27 Jahren, der heute noch bei der Defäkation seinen Wunsch durchsetzt, dass seine Mutter ihm assistiert. Die Patienten sind von grosser Gleichgültigkeit allem Geschehen gegenüber. Meistens mangelt es bei ihnen auch an der Einsicht über ihren eigenen Krankheitszustand. Es fehlt die Widerstandsfähigkeit, körperliche und geistige Schäden zu überwinden.

Diese psychische Alteration kann man in ihren wesentlichen Zügen bei allen in der Literatur publizierten Fällen vorfinden. Falta sprach von „primärer Anorexie" als Ursache dieser Erkrankungen und verlegte somit das Problem der Entstehung zum Teil schon in den Bereich des psychopathischen Konnexes, ohne jedoch den Gesichtspunkt einer hormonalen Genese aus dem Auge zu lassen. Auch Bostroem erwähnt, dass in dem psychischen Verhalten der Patienten eine erhebliche Gleichgültigkeit und Müdigkeit auffiele, dass ihr geistiges Leben „gleichsam stagnierend erscheint". Vermerke in dieser Hinsicht lassen sich in fast allen beschriebenen Fällen nachweisen.

Stärker als vor einigen Jahren geht nun die heutige Richtung der wissenschaftlichen Medizin von der Tendenz aus, den Organismus als eine Einheit zu sehen und versucht die Phänomene nicht nach Körper und Seele zu spalten. Bergmann sagt: „Mag dem Arzt mit verschiedenen Methoden seelisches, wie die Zuneigung und Abneigung des Patienten zur Nahrung, zum Bewusstsein

kommen oder körperliches, wie Abmagerung oder erniedrigter Grundumsatz, es geht um die ärztlichen Wahrnehmungen verschiedenster Aeusserungen desselben Ganzen, dessen Einheitlichkeit wir gerade in der pathologischen Aeusserung beobachten müssen, um sie begreifen zu können".

Wie schon erwähnt, geht Bergmann bei der Beobachtung der endogenen Magersucht von einer polyglandulären Störung aus. Es stellt sich für ihn der menschliche Organismus als eine auf biologischer Grundlage ruhende Einheit dar. Das Seelische ist eng verkoppelt mit somatischem Geschehen und psychische Alterationen sind in erster Linie abhängig von den endogenen Korrelationsstörungen, die in der klinischen Betrachtung des Krankheitsbildes in Erscheinung treten.

Weizsäcker erweitert diese Grenzen der Betrachtung. Er sagt: „dass Krankheiten wie geschichtliche Ereignisse entstehen nicht nur wie chemische Reaktionen oder physikalische Stossbewegungen, die ein Gleichgewicht aufheben. Wir finden es nämlich unerwartet häufig, dass die Organkrankheit nicht als Zufall angeflogen kommt, sondern dass sie ein folgerichtiges Glied in der Biographie des Menschen ist." Weizsäcker führt in die Krankengeschichte das Subjekt ein. Er empfindet als das Wesentlichste die Einstellung des Kranken zu seiner Umwelt, die ja bei den Magersuchtsfällen weitgehend gestört ist, geradezu pervertiert erscheint. Eine Einordnung des Ich in die Umwelt ist die primäre Forderung eines geregelten Lebensablaufes. Weizsäcker sagt hierüber: „Wir können heute auf Grund einer gewissen Anzahl planmässig durchgeführter Experimente den Satz bekräftigen, dass die körperlichen Leistungen nur unter dem Einfluss des Subjekts zustandekommen. Darunter verstehe ich, dass keine Koordination der Muskulatur auf natürliche Art zustandekomme, wenn nicht die Zuwendung des Ich zu seiner Umwelt eine sinnvolle ist. Ich kann weder gehen noch greifen, wenn ich zu dieser Umwelt nicht als Ich eingeordnet und in ihr geboren bin. Ebenso wenig kann mein Auge eine Bewegung oder Farbe wahrnehmen, wenn nicht mein Blick zu den Gegenständen, welche mir bewegt oder farbig erscheinen, irgendeine Beziehung der Zuwendung, sei es: Hunger, Liebe, Feindseligkeit, wissenschaftliches Interesse oder was immer hat. Fehlt solche Beziehung, so übersieht mein Auge die Dinge oder es produziert eine Trugwahrnehmung." Welche Wirkung diese Zuwendung des Ich zur Umwelt hat, kann man in Kliniken auf Schritt und Tritt beobachten, denn es ist doch bisweilen geradezu erstaunlich, wie z. B. ein starker Lebenswille bei oft

aussichtslos erscheinenden Krankheiten den Verlauf sehr wesentlich beeinflusst.

Diese Zuwendung zur Umwelt ist bei den Magersuchtskranken nicht vorhanden, ja, wie ich schon erwähnte, geradezu pervertiert. Meng sagt hierzu: „Die allgemeine gesunde Menschenkenntnis weiss, dass schlechte Gesichtsfarbe und körperliches Heruntergekommensein bei dazu disponierten Menschen schwerstes Seelenleid begleitet. Im allgemeinen sind aber Neurosen nicht von solchen körperlichen Reaktionen begleitet, wohl aber die Psychosen. Wir müssten also auch bei manchen Fällen von psychogenen organischen Störungen sozusagen eine „Organpsychose" annehmen. Das Ich des Organpsychotikers wendet sich von der Aussenwelt ab und regrediert in frühere Entwicklungsstadien, tiefer und triebhafter als beim Neurotiker, das Ich steigt wieder in das Reich des triebhaften Es herab, aus dem es herausgerissen ist, und mit dem es immer in Zusammenhang stand. Das paradoxe des Namens Organpsychose ist nur eine Folge davon, dass wir immer durch Begriffe wie Körper und Seele befangen sind und infolge der ontologischen Problematik des psychischen und physischen Seins allzu leicht die Zweifel sehen; aber es handelt sich stets um die Einheit Mensch, an dem wir das Wirken psychophysischer Korrelation bemerken."

Weizsäcker bezeichnet diesen Zusammenhang von Körper und Seele als die „Ausdrucksgemeinschaft beider Sphären". Störungen innerhalb einer dieser „Sphären" können eine Gleichgewichtsverschiebung innerhalb der normalen Ausbildung von Körper, Seele und Geist zur Folge haben. Es ist somit unsere heutige Medizin zu der Betrachtungsweise gelangt, dass das Krankheitsgeschehen Ausdruck einer Disharmonie körperlich-seelischer Vorgänge ist, und dabei die körperliche Seite eine seelische Alteration bedingt und umgekehrt.

Auch Bergmann hat diesen Richtungen folgend seine Meinung über die Ursachen der endogenen Magersucht revidiert. Er führt an: „Ich darf an das erinnern, was ich zur Therapie mit Hormonen und Vitaminen vor zwei Jahren in dieser Gesellschaft entwickelt habe (obige Ausführungen über Substitutionstherapie bei endogener Magersucht). Wie sehr die wissenschaftliche Medizin dem Irrtum unterliegen kann und wie eine kämpfende Macht, auch wenn sie vorwärtsdringt, sich doch in einem Bewegungskrieg befindet, in welchem Rückzüge unvermeidlich sind; dafür nur ein Beispiel: Damals vor zwei Jahren erschien mir die Magersucht der meist amenorrhoischen jungen Mädchen und Frauen in voller Analogie

zu stehen mit der hypophysären Kachexie der älteren Menschen, die durch den Hamburger Pathologen Simmonds anatomisch gut gesichert ist. Heute wage ich nicht mehr mit Bestimmtheit zu auszusagen, eine wie grosse Gruppe dieser jungen Menschen primär endocrin verändert ist, denn sehr merkwürdige psychopathische Verhaltungsweisen rücken mir die Nahrungsverweigerung oder das heimliche Erbrechen doch viel näher in die Erfahrung jeder psychiatrischen Klinik, bei welcher Nahrungsverweigerung bei Depressionen und künstliche Ernährung durch die Nasensonde etwas ganz Geläufiges ist. Der Erfolg hat mich das gelehrt und er war wiederholt rein psychotherapeutisch bis zur wirklichen Heilung der Magersucht zu erzielen, so ernst die Krankheit auch verlaufen kann. Ich bin geneigt zu glauben, dass die Transplantation der Hypophyse für die sich mir folgend Kylin in Schweden eingesetzt hat, oft, wenn nicht gar immer, nur eine starke Suggestion darstellt. Astheniker an Leib und Seele sind aber diese Magersüchtigen alle."

Diese Erweiterung einer Betrachtungsweise sieht nicht nur die internistische Seite der Erkrankung, sondern bringt die körperlichen Schädigungen in engsten Zusammenhang mit der Psyche des Patienten und der Pathogenese der Erkrankung. Es muss der Arzt versuchen, mit dem Patienten in Konnex zu kommen, um danach die Wahl seiner Behandlung zu treffen. Ob also für den einzelnen Fall eine klimatische Bäderbehandlung, eine internistische Therapie oder eine psychotherapeutische Behandlung in Frage kommt, ist dabei jedesmal gesondert zu überlegen.

Weizsäcker versucht, aus den Träumen Magersuchtskranker Aufschlüsse zu erhalten. Er sagt: „Die Träume haben einen unpersönlicheren Charakter als die Biographie und stehen auch dem unpersönlichen Wesen des Geschehens bei der Magersucht näher. Mit den exakten Begriffen des Stoffwechsels und der Ernährung allein ist dieses merkwürdige Leiden nicht zureichend zu beschreiben." Oder „Es gibt keine wissenschaftliche Vorschrift, wonach diese Träume geringeren Rang als Erfahrungsbegebenheit haben sollen, wie der Ausschlag der Waage. Beide wollen richtig gedeutet und verwertet sein. Lassen wir die Biographie des Wachlebens dabei weg, versenken wir uns in dieses Traumleben und folgen wir den möglichen und unmöglichen Geschichten, die da passieren, dann sind wir doch in keiner ganz fremden Welt. Unsere Welt des Alltags und der Traumwelt sind ganz verschieden aber auch wieder vergleichbar. Das Vergleichbare spürt man sogar früher als das, was man in ein Begriffssystem bringen könnte. Hier liegt also ein Anreiz, eine Aufgabe. Wir sehen den Menschen in

Zwiespalt zwischen Forderungen des natürlichen Lebens (wie Ernährung und Fortpflanzung) und seinen unmittelbar erlebten Trieben. Umgebung und eigene Vernünftigkeit fordern Erfüllung jenes natürlichen Lebens. Triebe und insgeheim aufgerichtetes Ideal drängen von ihm weg in intellektuell geistige Bereiche. Der Begriff Gesundheit geht darüber entzwei, die physiologischen Leistungen werden abnorm bis zur Lebensbedrohung."

Der Traum wird somit zu einem unbefangenen, unbeeinflussbaren Zeugen von den Wandlungen, welche offenbar in einem ganz unerschlossenen Reiche vor sich gehen. Dort muss also das geschehen sein, was in bewussten Gedanken und messbaren Gewichtsveränderungen und sonstigem sekundär zu Tage tritt. Der Traum sagt in seiner Bildersprache verhüllt letzte Dinge in einer radikalen und auf die Spitze getriebenen Anschaulichkeit. Die Kranken, die Weizsäcker beschreibt, träumten diese Träume in dem Zustand der Therapie und nicht vorher. Es spielte somit der Traum für den Kranken wie für den Arzt eine „Mittlerrolle" und liess erkennen, ob der eingeschlagene Weg einer Therapie zum Erfolge führte oder nicht. Durch die Therapie lernten die Kranken verstehen, dass sie sich in einer völlig verfahreren Lage befanden, in einer sinnlosen Verstrickung ihrer Einstellungen zu Liebe, Ehe, Zuneigung, Geist, Leben und Tod. Die beginnende Wandlung zu einem neuen Gleichgewicht ging in der Motivation der Träume voraus.

Von einem psychotherapeutischen Behandlungserfolg berichtet Grote. Er erwähnt zwei Fälle endogener Magersucht, bei denen der eine ein glänzender Erfolg der Insulinbehandlung wurde, in Kombination mit Hormonpräparaten, während beim zweiten sämtliche medikamentösen Heilversuche fehlschlugen. Es handelte sich hier um ein junges Mädchen von einer stark depressiv-negativistischen Haltung. Gegen Nahrungszufuhr verhielt sie sich ablehnend und war von wortkarger Unzugänglichkeit bei jedem Kontaktversuch mit dem Arzte. Erst systematisch durchgeführte psychotherapeutische Behandlung zeigte deutlichen Erfolg und schuf bei dem Autor den Eindruck, dass der seelische Eingriff den Heilungsvorgang einleitete.

Das Bisherige zusammenfassend möchte ich sagen, dass man die Fälle echter Simmonds'scher Kachexie, die auf einer Zerstörung des Hypophysenvorderlappens beruhen, abgrenzen muss gegen Erkrankungen endogener Magersucht auf Grund endocriner Korrelationsstörungen, bei denen die psychische Seite für das Zustandekommen der Krankheit in Vereinigung mit konstitutionellen Faktoren wesentlich mitbestimmend ist. Bei den letzteren Fällen handelt

es sich meist um Menschen, die leicht von körperlichen und seelischen Einflüssen in ihrer Vitalität zu beeinflussen sind und bei denen die im Verlauf der Krankheit stark hervortetenden psychopathischen Züge schon vorher in einer Labilität des Betreffenden zu den Anforderungen des Lebens fussen. Diese Aufstellungen leiten somit hinüber zu den Wechselbeziehungen, die zwischen körperlichem Geschehen einerseits und seelischen Störungen andererseits bestehen.

Bei der Genese des einzelnen Menschen ist es nicht möglich, dass einzelne Funktionen im Gesamtgeschehen isoliert laufen, d. h. ohne mannigfache Beziehungen zu anderen zu haben, da ja alles vom Ganzen als lebendige Einheit umschlossen wird. Eine Störung innerhalb dieser Gesamtregulation bleibt nicht beschränkt auf den Ort des krankhaften Einbruchs. Es ist also nicht nur ein Organ, ein Teil des Ganzen erkrankt, sondern die Gesamtregulation des Lebens ist gestört. In dem Masse, in dem körperliche Noxen von seelischen Störungen begleitet werden, können andererseits seelische Störungen bei dazu veranlagten Menschen weitgehende Veränderungen der physischen Funktionen veranlassen. Betzendahl sagt hierzu: „Man könnte sich überhaupt seine Gedanken darüber machen, wie eine bestimmte Organminderheit sich in Triebanomalien bekundet, welche ihrerseits wieder auf den Haushalt anderer Funktionsbereiche im Somatischen störend einwirken; ebenso wie primär vom Seelischen her zermürbende Einflüsse ausgeübt werden. Solche Gesichtspunkte sind sicherlich bei konstitutionellen Leiden zur Verfolgung ihrer Pathogenese sehr angebracht, zum mindesten bei Stoffwechselkrankheiten, und ebenso bei endocrinen Störungen, wie vor allem der Basedow'schen Krankheit, wo emotionelle Einflüsse so wichtig sind."

Einen unbeeinflussbaren Zeugen einer ausgeglichenen Vitalität haben wir in unserem Appetit. Eine grosse Reihe von Funktionen sind für seinen geregelten Ablauf massgebend, Speichel- und Magensaftsekretion, der Blutzuckerspiegel usw. Es ist auch bekannt, wie stark die Esslust von äusseren Eindrücken, sei es Freude oder Aerger, gute oder schlechte Erlebnisse und Affekte zu beeinflussen ist. Der Volksmund sagt ganz richtig, dass nach irgendwelchen, plötzlich auftretenden unangenehmen Ueberraschungen: einem der ganze Appetit vergeht. Experimentell ist diese Abhängigkeit durch die fundamentalen Untersuchungen Pawlows erwiesen.

Allgemein sind diese Störungen der Esslust kurz andauernd und klingen mit Lösung des sie hervorrufenden Konfliktes wieder ab. Bei Menschen jedoch, die leicht empfindsam und gegen der-

artige Einflüsse sehr ansprechbar sind, können die Folgen eines langanhaltenden Konfliktes zu weitgehenden Alterationen führen. Gerade der konstitutionelle Faktor ist hierbei für die Folgen im Körpergeschehen sehr wichtig.

Heyer und Bergmann berichten von tiefergreifenden Veränderungen der Magentätigkeit auf Grund langandauernder Störungen (Sorgen, Aerger, Hast), die zu mangelhafter Steuerung seiner Durchblutung, seiner Saftabsonderung führen und einen Katarrh der Magenschleimhaut zur Folge haben können. Es braucht jedoch hierbei zu bleiben. Häufig können mit dem Katarrh leichte Blutungen vorhanden sein. Kommt eine solche blutende Schleimhautstelle nicht bald zur Heilung, sei es durch sogenannte Ulcusdispositionen, so kann mit der Zeit ein regelrechtes Ulcus rotundum sich entwickeln. Viele Beobachtungen bei psychopathischen Kranken teilt hier auch Weizsäcker mit.

Es handelt sich bei diesen Funktionsstörungen um eine anhaltende Beeinflussung des vegetativen Nervensystems durch psychische Depressionen bei dazu veranlagten Menschen. Dies führt herüber zu dem Gebiet der manisch-depressiven Erkrankungen, bei denen die Vitalität durch eine völlige Entartung sämtlicher für eine gesunde Lebenseinstellung bestehenden Forderungen weitgehend gestört erscheint.

Die mit zirkulären Erkrankungen einhergehenden körperlichen Störungen sind in den letzten Jahren viel erforscht, am ausführlichsten von Roggenbau, an dessen Untersuchungen ich mich im folgenden halte.

Zu den sinnfälligsten Erscheinungen der manisch-depressiven Erkrankungen gehören die Körpergewichtsschwankungen, die bei meist vorhandenen Appetitsstörungen auf die Möglichkeit hinweisen, dass diese Appetitsstörungen, wie so manche anderen körperlichen Erscheinungen zurückzuführen sind auf besondere bisher aber noch nicht im einzelnen erfassbare Regulationsstörungen innerhalb des endocrin-vegetativen Systems. Bei einer Reihe von Fällen liessen sich nach Roggenbaus Untersuchungen diese Appetitsstörungen durch grosse intravenöse Zuckerinfusionen beheben. Weiterhin spielen bei den manisch-depressiven Erkrankungen Veränderungen der Magen-Darmtätigkeit eine Rolle, die sich durch die Annahme vegetativer Regulationsstörungen erklären lassen. Bei den meisten Fällen sind die normalen Wechselwirkungen innerhalb des Stoffwechselgeschehens weitgehend gestört und legen den Versuch nahe, durch genaue Untersuchungen über das Regulationssystem des Stoffwechsels, das Blutdrüsensystem und das vegetative System in

seiner Gesamtheit Fortschritte in der Erkenntnis der ursprünglichen Zusammenhänge der Erkrankung zu erzielen.

Beide Systeme sind eng miteinander verknüpft, so dass Veränderungen im endocrinen Gleichgewicht zwangsläufig Störungen im vegetativen System nach sich ziehen und umgekehrt. Der Grad der erfolgenden Ausfälle hängt ab von der Ansprechbarkeit der Organe. Niemals resultieren jedoch nur monosymptomatische Störungen. Die Untersuchungen ergeben, dass nicht nur eine Blutdrüse von der Norm abweicht, sondern dass das gesamte Blutdrüsensystem in seiner Korrelation gestört erscheint und dass diese Funktionsänderungen nicht nur unabhängig von dem bestehenden psychischen Zustandsbild auftreten, sondern auch schwankend bald als Steigerung bald als Verminderung innerhalb der Erkrankungsphase in Erscheinung treten. Bei den Depressionen handelt es sich bald um basedow'sche, bald um myxödematöse Zustandsänderungen. Bald ist das thyreotrope Hormon der Hypophyse vermehrt, bald vermindert. Keimdrüsenstörungen lassen sich in der Hälfte fast aller Erkrankungsfälle nachweisen. Die gesteigerte elektrische Erregbarkeit bei einzelnen Depressionen scheint nicht mit einer Dysfunktion der Epithelkörperchen zusammenzuhängen, da der Serumkalkspiegel stets normale Ca-Werte ergab. Roggenbau schliesst dann noch weitere Prüfungen an hinsichtlich der vegetativen Störungen, Belastungsversuche mit Monosacchariden, Konzentration der Fette im Blut, Untersuchungen über Aceton-Cholesteringehalt im Blut, Eiweiss- und Wasserhaushalt, Mineralhaushalt und das Verhalten der Alkalireserve im Blut.

Diese Untersuchungen beziehen sich sämtlich auf Erkrankungsphasen. Nach Ansicht Roggenbaus handelt es sich bei den körperlichen Erscheinungen nicht um Vorgänge, welche den psychischen Veränderungen übergeordnet sind, ebenso wenig wie die psychischen Veränderungen als das Primäre und die körperlichen Erscheinungen als sekundäre Folgezustände angesehen werden können, sondern psychische und körperliche Symptomkomplexe sind die einander koordinierten Erscheinungen eines übergeordneten Hirnprozesses.

Sicherlich wird man jedoch sagen können, dass dieser „übergeordnete Hirnprozess" nicht als eine selbstständige Krankheitseinheit hinzustellen ist, sondern dass auch für sein Zustandekommen viele Momente exogener und edogener Natur verantwortlich zu machen sind, und weitgehend mitbestimmend die Konstitution der einzelnen Persönlichkeit sich erweist. Man kann bei der Betrachtung der singulären Fälle keine Grenze ziehen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen einerseits, und einer Störung eines beiden

übergeordneten Zentrums andererseits. Es liegt eine Erkrankung des ganzen Organismus vor, bei dem nach Betzendahl die körperlichen Erscheinungen „mehr als eine blosse Resonanz darstellen, sondern einen integrierenden Bestandteil der Störungen bilden." Die grosse Anzahl der körperlichen Funktionsausfälle wie Achylien des Magens, Koprotasen und Diarrhoeen, Verminderung der Urinmenge, Glykosurieren, Menstruationsanomalien, funktionelle Herz- und Gefässtörungen und Haut-, Haar- und Nagelveränderungen gehen nach Roggenbaus experimentellen Untersuchungen auf eine Stoffwechselstörung zentralster Art zurück. Mit dem Abklingen der Depressionen schwinden auch die Funktionsausfälle.

Die den zirkulären Erkrankungen zugrundeliegenden Vorgänge sind also reversibler Natur und lassen einen Vergleich ziehen zu den normalen Rhythmen, wie sie im Bereiche der Biologie in Erscheinung treten, z. B.: bei den Menstruationsstörungen, beim Wachen und Schlafen und dem Winterschlafe bei einzelnen Warmblütern.

J. Lange stellt bei einem Vergleich des Winterschlafes zu den zirkulären Psychosen fest, dass man den Inkretdrüsen wohl eine grosse Rolle für die Pathogenese der Erkrankung zuschreiben kann, sie jedoch den Verlauf nicht bestimmen kann. Die Steuerung der Störung liegt offenbar ganz zentral, um dann allerdings die Führung dem periphersten Stoffwechselgeschehen zu übergeben, denn es ist nicht möglich, den Lauf der Erkrankung durch grosse, kombinierte Dosen von fördernden Inkreten entscheidend umzuändern. Den Gang der Dinge bestimmt die Krankheit aus sich selbst. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend ist es verständlich, dass zirkuläre Psychosen, sowohl durch Hirntraumen als durch Infektion, dass sie durch allgemeine Stoffwechselvorgänge ebenso wie durch seelisch erschütternde Ereignisse ausgelöst werden können, dass sie über Nacht ausbrechen und plötzlich abzuheilen vermögen, und ebenso wird auch die Tatsache bewiesen, dass es nicht zur Verblödung kommt.

Durch die bei der endogenen Magersucht beobachteten Menstruationsstörungen richtet sich das Augenmerk auf die Beziehungen, die zwischen der Hypophyse einerseits und den Keimdrüsen andererseits bestehen. Roggenbau stellt die in normaler Weise erfolgenden Wechselwirkungen folgendermassen dar: „Die quantitativen Beziehungen, die zwischen Hypophyse und Keimdrüse bestehen, sind normalerweise wohl derart, dass bestimmte Mengen von Vorderlappenhormon in den Keimdrüsen eine bestimmte Menge von Keimdrüsenhormon entstehen lassen, die ihrerseits

durch direkte oder indirekte Rückwirkung auf den Hypophysenvorderlappen wiederum zur Produktion einer bestimmten Menge von Vorderlappenhormon anregen. Die durch die Sekretion des Hypophysenvorderlappens bedingte innere Sekretion der Keimdrüsen wirkt aber auch direkt oder indirekt auf ein basal gelegenes nervöses Zentrum, welches auf Grund dieser Impulse die Sekretion der Hypophyse reguliert. Wahrscheinlich ist das beiden Drüsen übergeordnete Zentrum auf einen bestimmten Sexualhormonspiegel eingestellt; es reguliert die Tätigkeit der Hypophyse in dem Sinne, dass bei eintretendem Mangel an Sexualhormon auf nervösem Wege eine verstärkte gonadotrope Vorderlappensekretion zustandekommt, die ihrerseits rein hormonal zu vermehrter Produktion von Keimdrüsenhormon und zur Menstruation führt."

Es scheint somit die Hypophyse durch ihre funktionelle Einheit mit den benachbarten vegetativen Zentren ein Organ zu sein, dem im endocrinen System eine übergeordnete Rolle zukommt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass durch die Psychosen eine Störung in den basalen Teilen erfolgt und von dort über den Weg der Hypophyse eine weitgehende Korrelationsstörung des endocrinen Systems verursacht. Umgekehrt kann man behaupten, dass primäre Beeinflussung des Vorderlappens resultierend aus einer Gleichgewichtsstörung im Endocrinium, sei es durch Funktionsstörung einer oder mehrerer Drüsen, Veränderungen in den basalen Zentren folgen lässt und hierdurch den Anstoss zu einer psychischen Alteration gibt.

Wir haben es also bei der Hypophyse mit einem Organ von so vielseitiger und entscheidender Funktion zu tun, dass eine Störung sekundär verschiedenste Ausfälle bedingen kann. Diese Ausfälle beeinflussen die geregelte Zusammenarbeit des Stoffwechselgeschehens und ergeben als Folge davon einen nicht aufeinander abgestimmten Hormonspiegel des Blutes, der wiederum als Reiz auf die Zentren der vegetativen Steuerung einwirkt und dann als psychische Abweichung in Erscheinung tritt. Man kann also von einem „circulus vitiosus" zwischen der psychischen und der physischen Komponente sprechen.

Diese Abweichungen dokumentieren sich in einer Pathologie der Vitalität, die ihren stärksten Ausdruck in einer Störung der Esslust findet und einer daraus folgenden Abmagerung. Es ist nicht möglich, für das Zustandekommen der endogenen Magersucht irgend einen Faktor im Krankheitsgeschehen als primär verantwortlich zu machen. Es besteht zwischen den einzelnen Faktoren ein Netz von engster Wechselwirkung, wobei einer vielleicht den

Anstoss gibt, sich aber nicht im Krankheitsgeschehen verselbständigt, sondern immer Verbindung zu anderen Wechselwirkungen behält und somit der Ausdruck einer Erkrankung des ganzen Organismus vorliegt.

Durch die engen Beziehungen der Hypophyse zu den Zentren der vegetativen Regulation und durch ihre übergeordnete Stellung im endocrinen System, kann man den Schluss ziehen, dass sie im Laufe der Erkrankung die Rolle der „sedes morbi" übernehmen kann, wobei jedoch der auslösende Faktor in höher einregulierten Zentren gelegen hat Dadurch wird es auch verständlich, dass bei vielen Fällen endogener Magersucht ein Behandlungserfolg der Substitutionstherapie in Frage gestellt war, da es sich um zentral bedingte Störungen handelte, die durch psychische Traumen oder langanhaltende Konfliktsitutationen hervorgerufen waren und sich in ihren körperlichen Auswirkungen als Ausfallserscheinungen des Hypophysenvorderlappens manifestierten und durch eine Lösung des zentralen Konfliktes und damit verbundener Anregung des Endocriniums zur Besserung führten.

Ich will hiezu den Krankheitsfall eines jungen Mädchens beschreiben, der von internistischer Seite erfolglos als endogene Magersucht behandelt wurde, dann aber als schizophrenie-verdächtig der psychiatrischen Klinik überwiesen wurde.

Es handelt sich um ein junges Mädchen von 21 Jahren. Die Geburt war normal vor sich gegangen. Als Kleinkind entwickelte sie sich gut. In der Schule, berichtet die Mutter weiter, habe sie nicht gut gelernt und sei immer etwas „das schwarze Schaf" gewesen Sie besuchte das Lyzeum bis zum Schluss und hatte auch einige Freundinnen. Immer schon sei sie schwächlich und blass gewesen und als Zwölfjährige hoch aufgeschossen. Ihre Arbeiten hätte sie lässig verrichtet und liebte es, oft ihren Träumereien nachzuhängen.

Nach ihrer Schulentlassung kam sie im Sommer 1933 als Haustochter zu Bekannten nach Oberitalien. Es war eine kinderreiche Familie, die sehr lebendig und arbeitsfreudig war. Zum ersten Mal in ihrem Leben wurde sie in fremde Umgebung vor die Aufgabe gestellt, selbstständig zu arbeiten und Entschlüsse zu fassen, bei deren Ausführung sie dann versagte. Sie sah, wie andere, gleichaltrige Mädchen ihre Arbeit mit Leichtigkeit schafften, sich in Gesellschaften sicher bewegten, während sie nichts zu einem klaren Ende bringen konnte. Ihr wurde die Lässigkeit vorgeworfen. Die dadurch entstehenden Minderwertigkeitskomplexe versuchte sie, durch übergrossen Eifer zu kompensieren. Trotzdem waren immer

die Erfolge negativ und liessen sie deprimiert zurück. Sie stand so in einem fremden Land unter fremden, leistungsfähigen, nüchtern denkenden Menschen, die ihr täglich das Bewusstsein ihrer eigenen Minderwertigkeit vor Augen führten. Sie wurde deprimiert, unlustig und verlor den Appetit. Das Gewicht fing an, herunter zu gehen und oft fühlte sie sich unwohl. Die Menses begannen unregelmässig zu werden.

Sie kam darauf in die Klosterschule zu San Remo, um ihr Italienisch zu vervollkommnen Trotzdem sie nicht katholisch war, fühlte sie sich hier ganz wohl. Das Essen war gut, dennoch wurde sie immer elender. In den Briefen, die ich zum Schluss anführen werde, klagt sie bisweilen über Zustände völliger Entschlusslosigkeit. Ab und zu schreibt sie, sie habe das Gefühl, „in ihr stünde alles still, nur das Herz arbeite noch".

Als der körperliche Zustand immer bedrohlicher wurde, schickten die Eltern sie in ein Erholungsheim mit Haushaltsschule im Berner Oberland. Hier fühlte sie sich wohl, nahm an Gewicht zu, die Periode kehrte wieder, sie wurde heiter und ausgeglichen und hielt Mass bei ihrer Tätigkeit. Sie blieb hier nur ein halbes Jahr und kehrte dann nach Berlin zurück. Erneut wurde sie verdrossen, deprimiert und nahm wiederum an Gewicht ab.

Im Sommer 1935 schickten ihre Eltern sie zu Bekannten ins Rheinland. Die Regelblutung blieb von Neuem aus, und mit einem Gewicht von hundert Pfund kehrte die Patientin in stark reduziertem K Z. und E.Z. nach Haus zurück. Seither nahmen die psychischen Auffälligkeiten immer stärker zu.

Die Mutter schildert die Veränderungen so, dass sich ihre Tochter in jeder Beziehung zurückentwickele, sie „verkümmere geistig und seelisch". Bei einem ausserordentlichen Tätigkeitsdrange sei sie völlig unproduktiv, wegen eines unbezähmbaren Starrsinns in keiner Weise zu beeinflussen. „Aus einem Komplex asketischer Bestrebungen" heraus gönne sie sich offenbar selbst nichts, z. B. esse sie die Schalen, wenn die Familie Aepfel isst. Morgens könne sie sich nicht entschliessen, zu ihrer Tätigkeit zu gehen. In letzter Minute breche sie dann auf und müsse den Weg zur Bahn laufen, sie hätte immer etwas dringendes zu tun, wenn die Familie sich zu Tisch setze oder fortgehen will, nehme sie der Hausangestellten die Arbeit ab, obgleich ihre Hilfe durchaus unnötig wäre. Je schmutziger und anstrengender eine Arbeit sei, desto lieber sei sie ihr. „Sie wurschtelt immer herum und schafft nichts." Sie sei in jeder Beziehung abgestumpft, habe keinerlei besondere Interessen, keine Freundin, zeige niemals irgend welche Anhänglichkeit oder

bestehende Empfindungen für die Angehörigen. In sexuellen Dingen sei sie völlig indifferent. Von alldem, was sie früher gelernt, habe sie viel vergessen.

In diesem Zustand kam die Patientin am 19. April 1938 zur Behandlung in die Medizinische Universitätsklinik in Berlin. Der Befund ergab einen stark reduzierten K.Z. und E.Z. bei grazilem Körperbau. Fehlen der Fettpolster, mittelkräftige Muskulatur, Gesichtsfarbe blass und tiefe Ringe unter den Augen. Keine Oedeme, Schleimhäute ausreichend durchblutet. Die gynäkologische Untersuchung ergab ein maximal hypoplastisches Genitale, der Grundumsatz betrug — 21%, der Puls ging bis zu 40 Schlägen in der Minute herunter. Sonst ergab der körperliche und neurologische Befund keine Besonderheiten. Die Behandlung bestand aus einer gemischten Hormontherapie gekoppelt mit Mastkur, Insulin und Traubenzucker. Der Erfolg war wenig befriedigend. Ab und zu liessen sich geringfügige Gewichtssteigerungen verzeichnen, die jedoch bald wieder zurückgingen. Das Verhalten der Patientin auf der Station war sehr auffallend und bestätigte die Angaben, die die Mutter über ihr häusliches Verhalten gegeben hatte.

Die Patientin beschäftigte sich mit Strümpfe stopfen, liess sich keine Zeit zum Essen, versuchte, ihren Bettnachbarn oder den Schwestern von ihrem Essen abzugeben, lief kurz vor der Mahlzeit weg und ass dann Stunden später das inzwischen kalt gewordene Essen. Sie versuchte, sich überall zu beschäftigen. Aus der Stationsküche war sie fast nur mit Gewalt herauszubringen. Bei allen Arbeiten zeigte sie sich umständlich, liederlich und benötigte sehr lange, um sich anzuziehen. Gegen ihren Zustand bewies sie sich völlig uneinsichtig und erklärte auch, dass sie zur Zeit vollkommen überflüssig im Bett läge und anderen Kranken das Bett wegnähme. Befragt, was diesen Tätigkeitsdrang bei ihr hervorgerufen habe, meint sie, sie sei in Italien erst so eifrig geworden. Dies sei wohl daher gekommen, weil das Leben dort sich mehr im Hause abgespielt habe, sie nicht allein fortdurfte und immer gesehen habe, wie eifrig die Hausfrau und die junge italienische Kameradin gearbeitet hätten. Sie sei dazu gekommen, ihre Arbeit mit der anderer junger Mädchen zu vergleichen und hätte gesehen, dass sie doch wohl weniger leiste. So hätte sie versucht, durch vermehrte Arbeit die vorgeworfene Lässigkeit auszugleichen. Im Geschäft hätten die jungen Mädchen auch immer mehr geschafft, obgleich sie sich alle Mühe gegeben habe (sie arbeitete im Winter 1937/38 als Sekretärin in der Genossenschaft für reichsgesetzliche Unfallversicherungen und wurde wegen Unfähigkeit, die gestellten

Aufgaben zu schaffen, entlassen). Vielleicht liege diese geringe Leistung auch daran, dass sie sich schlecht konzentrieren könne und viele Dinge vergesse. Durch diese Misserfolge würden die Minderwertigkeitsgefühle immer mehr verstärkt, so dass sie keinen Mut mehr habe, sich für irgend ein bestimmtes Tätigkeitsgebiet zu entscheiden. Durch den Mangel an Konzentrationsfähigkeit sei wiederum ihr unstetes Wesen entstanden, so dass sie häufig arbeite, dann aber nicht bei einer angefangenen Arbeit bleiben könne, sondern bald wieder eine neue vornehme. Durch diese Minderwertigkeitsgefühle werde sie unlustig, sie wisse selbst nicht, was sie mit sich anfangen solle, und sei ihrer selbst zu Zeiten überdrüssig. Hinzu käme dann noch ihre Abhängigkeit von Aeusserlichkeiten, z. B. Wetter. Bei Regenwetter und im Winter sei sie stets missgestimmt, es entstehe der Drang, „aus allem heraus zu wollen, alles stehen und liegen zu lassen und in sonnige Gegenden zu reisen." Sie meint selbst, sie fühle sich innerlich „etwas unausgefüllt und unbefriedigt".

Bei der Unterhaltung mit der Kranken fällt ein gewisses unstetes Verhalten auf. Sie sitzt unruhig auf ihrem Stuhl, blickt zerstreut umher, redet leise und verschluckt beim Reden halbe Worte und Sätze. Sie versucht dauernd, von ihrer eigenen Person abzulenken.

Interessant sind auch einige Auszüge aus den Briefen, die die Patientin aus Italien geschrieben hatte, und in denen sich die Pathogenese der Erkrankung gut zeigt.

Im folgenden gebe ich einige Stellen wieder:

16. Juni 1933. Es ist manchmal nicht so leicht, bei so vielen lebhaften Kindern, und manchmal fühle ich mich ein wenig unglücklich.

21. Juni 1933. . . . Die Schuld liegt sehr viel auch bei mir, dass ich mich nicht glücklich fühle. Ich bin immer zu empfindlich und lasse mich, wenn es nicht gleich gut geht, unterkriegen und versinke in Melancholie . . .

Ich bin in ständiger Unruhe. Eine Zeitlang war es so, dass ich mich immer wegwünschte und vor jedem Angst hatte, was lebte und Krach machte. So empfindlich waren schon meine Nerven geworden.

Die Einstellung der italienischen Bekannten geht aus einer Bemerkung der italienischen Hausfrau an die Mutter der Patientin hervor, wo sie sagt: „Du weisst ja, dass E. träge ist und gar keine Ausdauer hat."

27. Juli 1933. Ich denke sehr oft an Dich und daran, was Du an meiner Stelle machen würdest. Ich habe aber oft nicht die Kraft, das zu tun, was eigentlich richtig wäre, und manchmal benehme ich mich sehr dumm. Es ist wirklich für mich schrecklich schwer, einigermassen mit allen in Harmonie zu leben, weil ich doch zu sehr an der Hand geführt werde und auch nicht die Aktivität besitze, die man nötig hat, um sich etwas durchzusetzen. Dann habe ich diese verflixte Empfindlichkeit, über die ich nicht weg kann und mit der man sich selbst quält, weil man dann gegen die anderen nicht mehr frei ist . . .

Die Intelligenz der ganzen Familie ist sehr gut ausgebildet und die Kampflust und Kraft der Mama ist ungeheuerlich. . . . Aber ich kann hier auch nicht den Aufschwung kriegen, den ich einmal nötig habe, weil hier alle so fest auf den Beinen stehen und die Dinge mit nüchternem Verstand ansehen, und meine romantisch veranlagte Natur nicht auf ihre Kosten kommt. . . . Mit meiner Gesundheit ist es organisch, soviel ich merke, alles in Ordnung, und es sind hauptsächlich die Nerven . . . .

Ausflug nach Venedig. . . . hoffentlich komme ich dort zum richtigen Genuss und werde nicht immer deprimiert.

8. August 1933. . . , dass man so schlapp sein könnte, wie ich es manchmal bin, hätte ich nicht gedacht, als ich voll guter Vorsätze nach Italien abdampfte. Es liegt die ganze Schuld bei mir, es sind auch die Umstände und die ganze Atmosphäre. . . . Es fehlt das Gegengewicht, ein bisschen für die Seele, Beschwingtheit und Leichtigkeit. Es wird hier alles mehr aus dem Verstand und der Energie als aus dem Herzen und der Inspiration gemacht . . . . Ich habe oft krampfhaft versucht, mitzumachen, aber was nicht ist, kann man nicht erzwingen.

11. August 1933. Sehr viel tüchtiger bin ich nicht geworden, was mir sehr leid tut, da alle hier sehr tüchtig und gewandt im Hause sind, so dass ich mich am liebsten durchsichtig machen möchte, weil ich meistens Unheil anrichte, wenn ich etwas ausprobiere. Die Sprache geht so leidlich, die letzte Zeit wieder etwas schlechter, weil die Misserfolge bedrücken und meine Lust rapide gesunken ist.

13. August 1933. Ich bin stets im Kampf mit mir, um wenigstens ein bisschen Selbständigkeit zu behalten, und mein Gehirn setzt manchmal direkt aus, so dass ich zeitweise nicht imstande bin, klar zu denken.

22. August 1933. Ich bin einverstanden, nach San Remo zu gehen, aber ich glaube, es ist besser, wenn ich gleich in

das Kloster eintrete als Schülerin, denn ich bin gerade jetzt in einem Zustand, in dem ich ein wenig Führung brauche und wissen möchte, was ich zu tun habe. Meine Initiative ist auf 0,0 zusammengeschrumpft und mir kommt es oft vor, als ob ich überhaupt nichts mehr allein machen kann; wenn ich was anfasse, ist es bestimmt am falschen Ende. Hoffentlich ändert sich das, wenn ich ein bisschen frischen Wind um die Nase kriege.

31. August 1933. Mit Deinem Brief, liebes Muttchen, hast Du mir eine riesige Freude gemacht. Alles, was ich manchmal in lichten Momenten gefühlt habe, dann aber wieder heruntergeschluckt habe, sagst Du mir klar und deutlich, so dass es jetzt zum Bewusstsein gedrungen ist. Ich merke oft, dass ich mich nicht richtig benehme, aber ich kriege dann in dem Augenblick die Angst, etwas Neues zu probieren, und schiebe es auf die lange Bank, und hoffe auf eine Hilfe von aussen, die aber meistens nicht kommt, und so bleibe ich dann enttäuscht zurück und werde nach und nach pessimistisch. Doch versuchen will ich es, so gut ich kann, wenn mir auch ein gutes Teil Energie und Schwung fehlt.

5. September 1933. San Remo. Apropos trösten. Als wir das vorletzte Mal in Collina waren, plärrte ich vor dem Gasthaus mitten auf der Strasse los . . . Ich hatte einen richtigen moralischen Jammer und mir war immerzu das Heulen nahe . . . Ich habe ab heute jeden Tag ein Ei bestellt, das ich mit etwas Wein trinke, um erstmals wieder zu Kräften zu kommen, denn mein Magen ist augenblicklich ziemlich schwach . . . Jetzt merke ich erst, wie müde ich bin, körperlich nicht so sehr, denn diesen Sommer habe ich mich nicht viel bewegt, aber mit den Nerven und dem bisschen Geist, was ich besitze. Ich bin manchmal nicht mehr imstande, vernünftig zu denken und vergesse oft wichtige Sachen.

22. September 1933. San Remo. Jetzt, wo ich die Sache ein bisschen mehr von der Ferne ansehe, muss ich sagen, dass ich einen herrlichen und interessanten Sommer verlebt habe, wenn er auch für mich nicht immer sehr ruhmvoll ausfiel, und ich manchmal Depressionen wegen meiner Unfähigkeit und Schlappheit durchmachte . . . , dass im allgemeinen der Charakter der Italiener stark und ohne Sentimentalitäten, im Gegenteil sehr realistisch und praktisch ist, und ich manchmal mit meinem etwas verträumten, manchmal zu schlappen Wesen, nicht immer mit kann und so natürlich darunter litt und oft in Melancholie verfiel und mich nicht behaupten konnte gegen die siebenköpfige Familie. . . . Ich habe einen Katzenjammer, denn ich kann mich auch hier nicht durch-

setzen und bin gewöhnlich Aussenseiter. Manchmal bin ich dem Verzweifeln nahe mit meiner wenigen Energie und Aktivität und glaube, niemals vorwärts zu kommen, denn ich nehme vieles zu ernst und habe andererseits nicht die Kraft und das Temperament, aus diesem Ernst etwas Positives zu machen. Ich beginne eine Sache, verliere aber dann den Mut und bekomme Angst und Minderwertigkeitsgefühle, bleibe mittendrin stecken und weiche zurück vor dem Willen der Anderen, so dass es ein anderer vollbringt. Ich war schon in dem Stadium, in dem ich alles, was ich anfasste, verkehrt machte, mich aber auch von den anderen nicht immer zu belehren lassen wollte und so immer unzufriedener mit mir wurde. Ich werde es, glaube ich, immer sehr schwer im Leben haben, denn ich bin nicht glücklich veranlagt und verschliesse mich schnell vor den Menschen. . . . Natürlich spielen sich diese Vorgänge nicht für jeden sichtbar ab und auch nicht andauernd, aber sehr oft.

25. September 1933. Ich komme mir selber immer schlechter und unnützer vor. . . . Wenn ich mich manchmal nicht wohl fühle, hauptsächlich mit dem Magen, so ist das Nervensache.

5. Oktober 1933. Etwas macht mich ein bisschen unruhig, dass ich seit Mai nicht mehr unwohl war. . . . Mein Appetit ist nicht sehr gross, denn das ewige Weissbrot und die nicht übermässig gute Kost gehen mir mit der Zeit buchstäblich auf die Nerven. . . . Wenn ich mich nicht wohlfühle, so ist alles nur Nervensache, denn organisch fühle ich mich gesund.

9. Oktober 1933. Ich leide an Appetitlosigkeit. Ich denke manchmal, nie die Sprache erlernen zu können, denn mir verschwindet zeitweise die Intelligenz und die Zuversicht. . . . . Gewogen habe ich mich seit langem nicht mehr, glaube aber, hier in San Remo zugenommen zu haben, nachdem ich in Reggio einmal zehn Pfund abgenommen habe.

16. Oktober 1933. Ich habe mit der Oberschwester wegen meines Gesundheitszustandes gesprochen und nehme seit heute eine Medizin, die gut für den Magen und nervöse Störungen sein soll. Dass ich schwere nervöse Störungen gehabt habe, glaube ich auch, die aber durch den Wechsel und die Verpflanzung in ein unruhiges, fremdes Land gekommen sind. . . . Es gibt Zeiten, in denen ich nicht ganz richtig bin und nicht klar mit aller Kraft denken kann und gar keine Energie aufbringen kann, wo sozusagen alles stillsteht, Körper und Geist ausser dem Herzen, und ich mir wie ein halber Mensch vorkomme. . . . Na, und dann gibt es dann auch Zeiten, in denen mir alles rosa und kinderleicht er-

scheint. Gesundheitlich geht es mir soweit gut, bis auf die Verdauung und den Mangel an Esslust.

23. Oktober 1933. Nach zweitägiger Einnahme der Medizin eine Menses.

24. November 1933. Meine Sache ist wieder etwas unregelmässig.

20. Dezember 1933. Meine Periode hat schon wieder einen Monat ausgesetzt, und ich halte es für sehr möglich, dass es an den Drüsen liegt, die nicht gut arbeiten und auch am schlechten Blutkreislauf, denn manchmal fühle ich, dass alles wie stehengeblieben ist in mir.

6. Januar 1934. Ich habe selbst gemerkt, dass, sowie ich mich körperlich wohler fühle, d. h., alles so einigermassen funktioniert, ich auch seelisch wieder froher werde. Es stimmt ganz genau, dass, wenn ich nicht das gemacht habe, was eigentlich meine Aufgabe war, ich mich nicht losmachen konnte von einem unbefriedigten Gefühl, das nach und nach dann Minderwertigkeitskomplexe wurden.

28. Januar 1934. Ich bin ganz froh, aus den Klostermauern herauszukommen, bin höchstens dümmer und unselbständiger geworden und weiss gar nicht mehr richtig, mit jemanden zu reden. Die Schwestern nennen mich: Povereta! na lass sie... Ich merke direkt, wie unwillig mein Körper arbeitet.

16. Februar 1934, Berner Oberland. Ich glaube nicht, dass was mit der Lunge in Unordnung ist, sondern dass alles hauptsächlich nervöse Störungen sind und die Drüsen, die wie ich mir einbilde, jetzt wieder zu arbeiten anfangen und richtig funktionieren. Meine Periode war vorigen Monat kurz vor meiner Abreise aus San Remo eingetroffen, und ich hoffe, dass sie auch in diesem Monat wiederkommt.

3. März 1934. Es geht mir schon viel besser, und ich entwickle einen ganz anständigen Appetit.

Epikrise

Die Briefe geben einen guten Ueberblick über die Pathogenese der Erkrankung. Durch Hineinstellen des Mädchens in eine, ihren Charakterzügen völlig fremde Umgebung ergeben sich in ihr Konflikte und Schuldgefühle. Sie spricht von ihrer „verschleierten Intelligenz" im Gegensatz zu der lebhaften und raschen Auffassungsgabe der Italiener. Sie ist ruhig, still, träumerisch, und zeitweilig ist es so, dass „sie sich immer weg wünschte und vor jedem Angst

hatte, was lebte und Krach machte," der Italiener dagegen ist laut, temperamentvoll, schnell im Fassen der Entschlüsse und energisch in der Durchführung. Sie vergleicht sich mit den anderen, sieht deren Erfolge, erkennt ihre Unfähigkeit und versucht nun, diese durch übertriebenen Eifer zu kompensieren. Sie erlebt dabei einen Fehlschlag nach dem anderen, wird mutlos, deprimiert, melancholisch und sucht die ganze Schuld des Versagens bei sich allein. Durch die dauernden Misserfolge, trotz vieler Arbeit wird sie, die schon immer empfindlich gewesen ist, abgespannt und entschlusslos. Sie kommt sich so minderwertig vor, dass sie „am liebsten durchsichtig sein möchte", um nicht immer auf ihre Fehlschläge aufmerksam gemacht zu werden. Sie schläft schlecht, der Appetit lässt nach, sie hat das Gefühl, „als ob ihr Gehirn manchmal aussetze," kann sich zu keinem Entschluss mehr aufraffen, wird müde, ist manchmal nicht mehr imstande, vernünftig zu denken und vergisst wichtige Sachen. Die Menses setzen aus, und sie hat selber das Gefühl, „als ob alles in ihr stillstünde". Das Schwinden der körperlichen Widerstandsfähigkeit geht Hand in Hand mit einer immer stärker werdenden seelischen Zerrüttung. Man kann bei ihr nicht von Wahnvorstellungen oder asketischen Komplexen im Beginn der Erkrankung sprechen, Die Primäre bei ihr ist eine Verminderung der Vitalität auf Grund seelische Depressionen, hervorgerufen durch starke Minderwertigkeitsgefühle, die in der Erkenntnis der eigenen Unfähigkeit und Schwäche fussen.

Eine vorübergehende Besserung erfolgte durch den Aufenthalt im Berner Oberland, die jedoch sofort wieder verloren ging, als sie wieder zu Hause mit ihrer Tätigkeit als Stenotypistin begann. Der Gedanke der Minderwertigkeit drängt sich immer stärker hervor, und im Gefühl, etwas zu versäumen, fängt sie mit allen möglichen Arbeiten an; „die schwersten und anstrengendsten sind ihr dabei die liebsten." Sie lässt sich keine Zeit zum Essen, hat immer noch etwas zu erledigen, ohne auch nur einmal zu einem Abschluss oder Erfolg zu kommen. Sie macht Ueberstunden im Büro und sieht, dass trotz alledem andere, gleichaltrige Mädchen gleiches in viel kürzerer Zeit schaffen. Dieser Betätigungsdrang wächst sich immer stärker aus, und der Zustand, der in Italien oft aber nicht immer vorhanden war: „dass sie sich nicht ganz richtig fühle" wird vorherrschend. Sie verliert alle besonderen Interessen, vernachlässigt sich im Aeusseren und bekundet keinerlei Anteilnahme für Familienangehörige.

In diesem Zustand kam sie in die Medizinische Klinik; sie bot körperlich ja völlig das Bild der endogenen Magersucht mit bedrohlicher Anorexie. Dort beobachtete man nun fast ausschliesslich

die Kontaktstörungen und nicht auch das Werden der Krankheit. So ergab sich der Verdacht auf schizophrenen Autismus, etwa mit dem Hintergrund eines religiösen Wahnsinns.

In der psychiatrischen Klinik, wohin sie daraufhin verlegt wurde, verhielt man sich zu ihr im wesentlichen wie zu Manisch-depressiven. Die Terapie bestand von Anfang an in Bettruhe, Mastkur, Opium und Progynonbehandlung.

Ueber ihre Träume wurde sie nicht viel befragt, um sie in der Rückgewinnung eines unbefangenen Verhältnisses zur Aussenwelt nicht zu behindern. Aus einigen Aeusserungen war jedoch zu entnehmen, dass bei ihr häufig während des Schlafes das Gefühl eines Schwebens über einem Abgrund und eines „in die Tiefe Stürzens" vorhanden war, von dem Weizsäcker bei Depressionen spricht. Es besteht bei solchen Depressionen eine Bereitschaft zu somatopsychischen Entfremdungsgefühlen von Leichtwerden, Fliegen, Fallen, Abgestorbensein, besonders wenn eine vegetative Labilität mit Disposition zu Tonusverlusten als konstitutionelles Moment hinzukommt.

Die weitere Therapie bestand in einer ruhigen Geltentmachung der Hausordnung, später Erteilung von Ausgeherlaubnis in Begleitung. Die Patientin ist dann auch viel ruhiger geworden. Der Appetit lässt zwar noch zu wünschen übrig, doch zeigt der regelmässige Gewichtsanstieg, dass die Rückkehr eines geregelten Ablaufs der vitalen Vorgänge angebahnt ist.

Ich möchte mit diesen Betrachtungen einen Beleg zu der Ansicht geliefert haben, dass das Krankheitsbild der „endogenen Magersucht" in vielen Fällen eine Korrelationsstörung sehr komplexer Art des psychischen wie des körperlichen Geschehens darstellt, wobei offenbar wird, wie weitgehend die Wechselwirkung zwischen Organen und Organsystemen sowie neurovegetativen Regulationen einerseits und psychischen Vorgängen andererseits ist.

Am Schluss meiner Arbeit spreche ich Herrn Oberarzt Dr. Betzendahl für die Ueberlassung des Themas sowie freundliche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Schrifttum.

Adler, L.: Der Winterschlaf. Handb. der norm. u. path. Physiologie, Bd. 17, Berlin 1926

Azérad, E.: Maigeur hypophysär. Forme atténuée de syndrome de Simmonds, essai thérapique.

„ „: Rev. franc. endocrine 15 S. 353—367. Ref. nach Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1938, Bd. 88.

Bergmann, G. v.: Magerkeit und Magersucht. D. M. Wschr. 1934. 60 S. 123.

„ „: Das Streben nach Synthese wissensch. med. und natürlichem Heilwesen. D. M. Wschr. 1938, I, S. 455.

Betzendahl: Ueber körperlich-seelische Wechselwirkungen bei organischen Psychosen.
Internationaler Fortbildungskurs. Ergebnisse neuzeitlicher Forschungen auf dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie (vom 24.—29. Oktober 1938)

„ Persönlichkeitsentwicklung und Wahnbildung.
Eine Untersuchung über den Sinn des Erlebens und die Bedeutung des Verhaltens bei den krankhaften Veränderungen des Ich Berlin 1932

„ Die Ausdrucksformen des Wahnsinns. Zur Theorie der endogenen Psychosen. Berlin 1935.

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. III. Aufl., Berlin 1920

Bonhoeffer: Zur Frage der exogenen Psychosen. Centralbl. für Nervenkrankheiten und Psychiatrie. Bd. 230 S. 499, 1909

„ Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? = Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 68, S. 371 1911

„ Die symptomatischen Psychosen. Leipzig 1910.

Bostroem, A.: Beitrag zur Diagnose des Hypophysenschwundes. Med. Klinik 1918, Nr. 28

Deutsch, F.: Die Einwirkung der Seele auf physiologische und pathologische Vorgänge im Organismus. M. Med. Wschr. 1930, S. 1935.

Dzierzynski: Klinisch multiglanduläre Syndrome auf Grund hypophysärinfundibuläre Erkrankungen. Neur. polska 20, 3-124

„ Ref. nach Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1938, Bd. 88

Ewald, W.: Stoffwechselpsychosen. Würzburg 1907.

„ Die biologischen Grundlagen von Temperament und Charakter und ihre Bedeutung für die Abgrenzung des manisch-melancholischen Irreseins.
Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1938, S. 385

Falta: Die Erkrankung der Blutdrüsen. Berlin 1913

Grafe: Krankheiten des Stoffwechsels. Berlin 1931

Grote und Meng: Ueber internistische und psychotherapeutische Behandlung der endogenen Magersucht. Schweizer med. Wschr. Nr. 7, S. 137, 1934

Heimann, F.: Ueber neuere Forschungen zur Physiologie und Pathologie der Hypophyse. Ärztl. Rundschau Nr. 4, 1931

Kaufmann: Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. III. Jena 1911

Kraeplin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 62, S. 1, 1920

Kylin, E.: Ergebnisse der inneren Medizin und Krankheitsforschungen. 49, 1935, I.

Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Handb. d. Geisteskrankheiten, Bd. VI.

Meng: Umstimmung des menschlichen Organismus durch seelischen Eingriff und Arznei. Ärztl. Rundsch. Nr. 15—16, 1931

„ Konstitutionsumstellung durch Arznei, Hormon, Psyche. Bericht über d. 6. allg. ärztl. Kongress f. Psychotherapie, 1931, Leipzig 1931

Meyer, H. H.: Magersucht. D. m. Wschr. Nr. 39, Jahrg. 1938

Reye, E.: D. Zeitschr. f. Neurol. 1921

Roggenbau, C. Zur Frage der körperlichen Störungen der endogenen Psychosen und ihre Verwertbarkeit in differentialdiagnostischer Hinsicht. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurol., Bd. 92, 1936

Rosenfeld, M.: Ueber die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zur körperlichen Erkrankung. Allg. Zeitschr. d. Psychiatrie und Psych. Gerichtl. Md. 1913, S. 185

Schultz, J. H.: Ueber körperliche Auswirkung seelischer Depressionen. D. m. Wschr. Nr. 22, 1934

Schürmann: D. m. Wschr. 1934, I, Nr. 4, Jahrg. 60 v. 157

Simmonds: Ueber Hypophysenschwund mit tötlichem Ausgang. D. m. Wschr. 1914, Nr. 7

Tannhauser: Referat auf der IX. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin 1929

Weizsäcker, V. v.: Träume bei endogener Magersucht. D. m. Wschr. Nr. 7, 63. Jahrgang

„ Entstehung und psychophysische Behandlung sog. Organneurosen. Med. Klinik 1937, I. 41—44

„ Studien zur Pathogenese. Thieme, Leipzig 1935

Lebenslauf.

Ich, Hugo Boltze, wurde am 7. Dez. 1913 in Sulingen als Sohn des Reichsbahnrats Walther Boltze und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Matthaei, geboren. Meine Schulzeit begann in Neustettin i/Pom. Ich besuchte dort das Fürstin-Hedwig-Gymnasium. 1928 wurde mein Vater nach Göttingen versetzt. Ich verbrachte hier die letzten Jahre meiner Schulzeit und machte Ostern 1933 am dortigen Reformrealgymnasium mein Abitur. Die ersten 4 Semester studierte ich in Göttingen und bestand nach dem 2. Semester den ersten Teil der ärztlichen Vorprüfung. Nach dem 4. Semester meldete ich mich im Sommer 1935 zur halbjährigen Dienstzeit im Arbeitsdienst und im Anschluss daran zum Dienst in der Wehrmacht. Ein halbes Jahr war ich als Rekrut in der 4./A. R. 19 Hildesheim und erhielt zum Frühjahr 1936 meine Kommandierung zur Militärärztlichen Akademie in Berlin. Hier bestand ich im Anschluss an das Sommersemester 1936 den zweiten Teil der ärztlichen Vorprüfung. Vom Winter-Semester 1936/37 bis einschliesslich zum Winter-Semester 1937/38 studierte ich in München. Ich wurde dann nach Berlin zurückkommandiert, schloss im Winter-Semester 1938/39 meine Doktor-Arbeit ab und meldete mich zum 1. April 1939 zur ärztlichen Staatsprüfung, in der ich mich jetzt befinde.